

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Тема:

«Пологовий травматизм матері і плода»

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ V, VI КУРСУ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1, ФПЛЗСУ
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол № 1 від 29.08.2025 р.

**Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
д.мед.н., професор**

Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

**Методична вказівка «Пологовий травматизм матері і плода»
для студентів 5, 6 курсів медичного факультету №1, ФПЛЗСУ та факультету
підготовки іноземних громадян з дисципліни «Акушерство та гінекологія»**

Авторський колектив:

- Завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н., професор Говсєєв Д.О.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Лакатош В. П.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Загородня О. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Авраменко С. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бурка О. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бондаренко Н. П.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Вітовський Я. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жабіцька Л. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жегулович В. Г.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Костенко О. Ю.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Леуш С. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Наритник Т. Т.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Поладич І. В.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прилуцька А. Б.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прощенко О. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Слободяник О. Я.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Ткаліч В. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Антонюк М І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Купчік В.І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Осадчук С. В.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № 1 від 29.08.2025 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

«Пологовий травматизм»

I. Актуальність теми

Зниження материнського та плодового травматизму є однією з найважливіших проблем не лише акушерства, а і медицини в цілому. Раціональне ведення пологів при тазових передлежаннях, вузьких тазах, макроскопії, аномалії пологової діяльності, своєчасне прогнозування ускладнень можуть сприяти покращенню наслідків пологів для матері та плода.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$):

- ознайомитись з темою пологового травматизму.

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Що таке пологовий травматизм, чинники ризику акушерського травматизму.
- Визначення, клініку, діагностику, лікування та профілактику травм зовнішніх статевих органів та промежини.
- Клініку, діагностику, лікування та профілактику розриву піхви.
- Клініку, діагностику, лікування та профілактику розриву шийки матки.
- Етіологію, клініку, діагностику та лікування розриву матки.
- Етіологію, клініку, діагностику, надання допомоги та профілактику вивороту матки.
- Клініку та діагностику ушкодження кісткового тазу.
- Етіологію, діагностику та лікування травм новонароджених.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Навички комунікації та клінічного обстеження пацієнтів;
- Знати періоди фізіологічних пологів;
- Методи обстеження роділь залежно від періоду пологів;
- Оцінка стану плода в пологах;
- Етапи післяпологового періоду та особливості його ведення.

Вміти ($\alpha=4$):

- Встановлювати попередній діагноз, проводити диференційну діагностику та

визначити клінічний діагноз;

- Визначити перелік необхідних клініко-лабораторних, інструментальних досліджень, вміти оцінювати їх результат;
- Надавати допомогу при виникненні акушерських ускладнень;
- Відновити цілісність пологових шляхів при їх травмі;
- Зібрати анамнез у роділлі і визначити фактори ризику щодо розриву матки;
- Визначити клінічну відповідність між розміром плода і тазу.
- Скласти план невідкладної допомоги при загрозі розриву матки.
- Вміти оцінити та діагностувати травми новонароджених.

III. Виховні цілі

- Виховна – навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності по відношенню до вагітної, роділлі, породіллі;
- Наукова – навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування;
- Творча – надати можливість студенту самостійно вирішити тестову та ситуаційну задачу з самостійним вибором шляху вирішення;
- Відповідальна – розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Нормальна анатомія	Анатомія жіночого тазу та пологових шляхів. Кровопостачання матки, придатків, піхви. Будову тазового дна.
Патологічна фізіологія	Механізми відповіді при механічному ураженні матки під час вагітності та в пологах.
Фармакологія	Фармакодинаміка і фармакокінетика

	дії ліків.
Сімейна медицина	Алгоритм спостереження вагітної з групи високого ризику;

V. Зміст навчального матеріалу:

Акушерський травматизм — травматичні ушкодження тканин і органів матері і плода під час пологів.

АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРІ

Класифікація.

I. За локалізацією процесу:

1. Травми зовнішніх статевих органів та промежини.
2. Розриви піхви.
3. Гематоми вульви, піхви.
4. Розриви шийки матки.
5. Розриви матки.
6. Виворіт матки.
7. Акушерська травма кісткового тазу.

II. За патогенезом:

1. Насильні травми, які виникають під час втручання (акушерська допомога, операції).
2. Мимовільні (спонтанні) ушкодження, які виникають без зовнішнього впливу.

Травми зовнішніх статевих органів, промежини, піхви, шийки матки

Найчастіше в пологах травмуються зовнішні статеві органи, промежина і

підхва.

Етіологія.

1. Анатомічні особливості (інфантилізм, рубці, ригідність тканин).
2. Акушерські операції (акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, втручання при тазових передлежаннях).
3. Пологи великим плодом, при розгинальних передлежаннях голівки плода тощо.
4. Стрімкі пологи.
5. Переношена вагітність.

Травми зовнішніх статевих органів

До травматичного ушкодження в пологах найбільш уразливі тканини вульви і присінку піхви.

Клініка. Тріщини, поверхневі надриви, садна супроводжуються кровотечею, утворенням гематом. Ураження в ділянці уретри та клітора ускладнюються значною кровотечею, об'єм якої залежить від особливостей васкуляризації в даній зоні.

Діагностика. Діагностуються травматичні ушкодження на підставі огляду тканин.

Лікування - хірургічне. Необхідно накласти шви. Розриви тканин зовнішніх статевих органів зашивають однорядними вузлуватими швами синтетичним матеріалом, що розсмоктується.

Розриви промежини

Розриви промежини є серйозною травмою для жінки. При невдалому зіставленні тканин порушується опорна функція тазового дна, що сприяє розвитку генітального пролапсу. Розриви промежини трапляються в середньому в 7% пологів.

Класифікація.

I. За патогенетичними ознаками:

- вимушені, що трапляються під час акушерських операцій, неправильної

техніки «захисту» промежини;

- Мимовільні (спонтанні), які виникають без зовнішнього впливу.

II. За клінічними ознаками:

- загроза розриву;
- завершений розрив.

III. За ступенем тяжкості:

1. Розрив 1-го ступеня — розрив задньої спайки та стінки піхви, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2см), не ушкоджується м'язовий шар промежини.
2. Розрив 2-го ступеня - ушкодження шкіри та м'язів промежини (centruin tendineum perinei, musculus bulbocavemosus, inusculus superficialis et profundus), стінки піхви.
3. Розрив 3-го ступеня неповний — крім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки (musculus sphincter ani extemus).

Розрив 3-го ступеня повний — крім розривів шкіри, м'язів промежини, зовнішнього сфінктера прямої кишки відбувається розрив передньої стінки прямої кишки.

За класифікацією МКХ-10 розрив «3-го ступеня повний» класифікується як розрив 4-го ступеня.

Окремо вирізняють *центральный* розрив промежини (ruptura perinea centralis) несправжній (artificialis) хід між задньою спайкою і зовнішнім сфінктером прямої кишки, через який відбуваються пологи.

Діагностика.

Діагностуються розриви промежини під час огляду пологових шляхів.

Діагностичні критерії загрози розриву промежини:

- синюшність шкіри промежини;
- набряк та своєрідний блиск промежини з наступною блідістю шкіри.

Критерії розриву промежини:

- дефект тканин;
- ранова поверхня;

- кровотеча із рани.

Лікування.

Розрив промежини зашивають після народження дитини, відходження посліду й оглядупологових шляхів згідно із загальними правилами хірургії:

- застосування місцевої анестезії при ушиванні розривів 1-2 ступеня, загальної анестезії — при ушиванні розривів 3 ступеня;
- висікання розмічених тканин;
- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім тканин промежини при розривах 2 ступеня;
- накладання першого шва на 0,5см вище верхнього кута рани;
- прошивання дна рани;
- зіставлення однорідних тканин.

Особливості накладання швів при неповному розриві промежини 3-го ступеня:

- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім відновлення цілості сфінктера, в кінці ушивання тканин промежини.

Особливості накладання швів при повному розриві промежини 3-го ступеня (4-го ступеня по МКХ-10):

- накладання швів на м'язово-підслизовий шар прямої кишки (вузлуватими швами, занурюючи їх в просвіт кишки), потім ушивання сфінктера прямої кишки вузлуватими швами;
- накладання безперервного шва на задню стінку піхви;
- накладання швів на м'язи тазового дна (ніжки леваторів ушивають окремими швами);
- ушивання шкіри промежини.

Особливості догляду після ушивання травм промежини:

- обробка швів промежини 3 рази на добу та після кожного акту сечовипускання та дефекації;
- застосування для обробки швів антисептичних розчинів

Профілактика розривів промежини включає кваліфіковане ведення вагітності та пологів, своєчасну епізіотомію за згодою роділлі у разі наявності

клінічних ознак загрози розриву промежини, а також при акушерських операціях (вакуум екстракції плода, накладання акушерських щипців тощо).

Розриви піхви

Розриви піхви (rupture colpos) у полога[здебільшого трапляються у нижній, середній і верхній частинах піхвової трубки, переважно в поздовжньому напрямку, що пояснюється анатомічними особливостями будови піхви.

Клініка і діагностика. Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву, дефектом тканин. Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, глибину розриву.

Лікування. Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими швами із застосуванням синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Серед розривів піхви іноді спостерігається відрив піхви від матки (colpogexis), який відносять до категорії розривів матки.

Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів.

Гематоми вульви, піхви.

Гематоми вульви та піхви (hematome vulve, colpos) являють собою крововиливи у клітковину органів внаслідок розриву судин. При цьому слизова оболонка піхви залишається неушкодженою, внаслідок чого кров не виливається назовні і збирається у клітковині.

Етіологія.

Утворенню гематом вульви та піхви сприяють механічні ушкодження тканин під час проходження плода по пологовому каналу у жінок, які мають:

- варикозне розширення вен;
- обтяжену екстрагенітальну патологію (судинні захворювання, цукровий діабет, авітаміноз тощо);
- порушення згортальної системи крові;
- дисплазію сполучної тканини.

Клініка. Виразність клінічних симптомів гематоми залежить від локалізації

процесу, об'єму та швидкості наповнення.

Малі гематоми перебігають безсимптомно, великі — проявляються болем у ділянці великих статевих губ, промежини, прямої кишки, супроводжуються прогресуючою анемізацією організму. Гематома може сама розкриватися, що супроводжується зовнішньою кровотечею. При інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, гіпертермія (гектичний тип температури), лейкоцитоз, прискорення ШОЕ.

Діагностика:

- при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення в піхві або на промежині, синьо-багрового забарвлення, яке іноді пульсує;
- при гематомі вульви великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, пекучий біль, при лабораторному дослідженні ознаки анемії;

Лікування.

Терапія залежить від об'єму гематоми. Великі гематоми, а також малі, що продовжують збільшуватися, потребують оперативного лікування. Над гематомою розрізають тканини, видаляють згустки, рідку кров: спорожнюють гематому, виявляють розірвану судину і прошивають її. Якщо неможливо відшукати кінці судин, кровоточиву тканину обшивають 8-подібними швами із синтетичного матеріалу, що розсмоктується. Рану зашивають і дрениують. На тканини накладають шви, тампонують піхву, прикладають міхур з льодом до промежини. Одночасно проводять комплекс заходів, спрямованих на профілактику або лікування анемізації організму і гнійно-септичних ускладнень.

Інколи причиною гематом вульви і піхви може стати травма варикозних вузлів вульви і піхви. Клінічний перебіг цієї патології характеризується масивною кровотечею, швидким утворенням прогресуючих гематом. При цьому необхідно чітко орієнтуватися в топографії рани. Припинення кровотечі у таких випадках є складною маніпуляцією. Просте прошивання кровоточивої рани лише ускладнює стан. Варіантом вибору є обережне розкриття рани, відсепаровування ураженої судини і перев'язка її ниткою, що розсмоктується з подальшим прошиванням рани і прикладанням міхура з льодом на 30-40 хвилин. У тяжких

випадках, особливо при локалізації процесу у піхві, виконують тугу тампонаду піхви стерильною марлею з гемостатичною губкою і тампонаду прямої кишки. Тампони залишають на 24 години під ретельним спостереженням за станом жінки.

У разі наростання гематоми та анемізації організму, при ознаках геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5—6 днів виконують розтинання гематоми та її дренування для профілактики інфікування.

Профілактика даної патології потребує раціонального ведення пологів, своєчасного визначення показань до розродження шляхом абдомінального кесаревого розтину.

Розриви шийки матки.

Травматичні ушкодження шийки матки — розриви (*ruptura colli uteri*) можуть бути від поверхневих до глибоких і супроводжуватись кровотечею.

Класифікація.

I. *За патогенетичними ознаками:*

- спонтанні (мимовільні);
- насильні.

II. *За ступенем тяжкості (за І.Ф.Жорданія):*

- 1-й ступінь - довжина рани до 2 см (1/3 довжини шийки);
- 2-й ступінь - розрив перевищує 2см (2/3 довжини шийки), не досягаючи склепіння піхви;
- 3-й ступінь — розрив досягає склепіння піхви; іноді він переходить на тканини склепіння піхви, параметрію, продовжується на нижній сегмент матки.

Клініка. Основним клінічним симптомом розриву шийки матки є кровотеча яскраво-червоною кров'ю, яка починається після народження дитини. Кров може текти струменем. Розриви шийки матки 1-го ступеня можуть перебігати безсимптомно. Інтенсивність кровотечі зумовлена калібром ураженої судини.

Діагностика. Діагностується розрив під час огляду шийки матки у дзеркалах.

Розрив характеризують за ступенем тяжкості, локалізацією, станом країв рани, об'ємом кровотечі. Слід пам'ятати, що довжина розриву шийки матки з зовнішнього боку завжди менша, ніж з боку цервікальної поверхні. Цю особливість потрібно

враховувати при ушиванні розривів.

Лікування. Розрив шийки матки ушивають вузлуватими швами синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Важливо оголити верхній край рани з боку рогів vaginalis і переконатися щодо глибини розриву внутрішньої поверхні. Перший шов накладають на 1,0-1,5 см вище верхнього кута рани, подальші — на відстані 0,5-0,7 см з обох боків від країв рани.

Профілактика розриву шийки матки полягає в раціональному веденні пологів (правильне визначення методу розродження, вчасне застосування засобів для знеболювання пологів).

Розриви матки

Розривом матки (ruptura uteri) називається травматичне ушкодження цілості органа під час вагітності або пологів.

Розрив матки - надзвичайно тяжка акушерська патологія, що супроводжується інвалідизацією і високою материнською, перинатальною смертністю: материнська летальність при розриві матки досягає 12-18 %, загибель плода — 35-40%. Його частота коливається від 0,015 до 0,1 % загальної кількості пологів.

Етіологія і патогенез. Проблемі вивчення етіології і патогенезу розривів матки присвячено численні праці видатних вітчизняних та іноземних вчених різних часів. Сьогодні визнані механічна і гістопатична теорії розривів матки.

Розриви матки виникають переважно під час пологів, значно рідше - під час вагітності.

До групи ризику розриву матки під час вагітності та пологів належать:

- вагітні з рубцем на матці;
- вагітні, що народили багато разів.

До групи ризику розриву матки під час пологів належать вагітні:

- перелічені в попередньому пункті;
- з плопом великої маси;
- з пере розтягнутою стінкою матки (багатоводдя, багатопліддя);
- з неправильним положенням плода;
- з патологічним вставленням голівки;

- з клінічно вузьким тазом;
- з анатомічними змінами шийки матки (рубцями, деформаціями);
- з пухлинами матки, що блокують вихід з малого тазу;
- з морфологічними змінами міометрію (дегенеративні та запальні процеси після абортів, операцій, вишкрібання стінок порожнини матки; інфантилізм тощо)

Класифікація розривів матки (Рєпіна М.А., 1984).

I. За патогенезом:

1. Спонтанний розрив матки:

- при морфологічних змінах міометрію;
- при механічній перешкоді народженню плода;
- при сполученні морфологічних змін міометрію та механічній перешкоді народженню плода.

2. Примусовий розрив матки:

- чистий (при розроджуючих піхвових операціях, при зовнішній травмі);
- змішаний (при застосуванні розроджуючих операцій на фоні морфологічних змін міометрію).

II. За клінічним перебігом:

1. Ризик розриву матки.
2. Загрожуючий розрив матки.
3. Розрив матки, що відбувся.

III. За характером пошкодження:

1. Неповний розрив.
2. Повний розрив матки.

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті:

- розрив передньої стінки;
- боковий розрив;
- розрив задньої стінки;
- відрив матки від піхвових склепінь.

2. Розрив у тілі матки:

- розрив передньої стінки;
- розрив задньої стінки

3. Розрив у дні матки.

Клініка розриву матки

Клінічні прояви розриву матки залежать від стадії патологічного процесу та патогенетичного механізму його розвитку.

Ризик розриву матки процес, що передуює клінічним ознакам загрози розриву матки, більш властивий жінкам групи високого ризику розриву матки (див. вище).

Симптоми анатомо-функціональної неповноцінності рубця:

- відчуття болю в ділянці нижнього сегменту;
- біль при пальпації нижнього сегменту через переднє піхвеве склепіння, його неоднорідність, занурення (заглиблення);
- при УДЗ - товщина нижнього сегменту менш за 4,0 мм, балоноподібна форма.

Загроза розриву матки під час пологів.

Класичний симптомокомплекс при диспропорції між розмірами плода і матері, описаний Банделем.

- часті, надмірно болісні перейми; роділля збуджена, кричить від болю, не знаходить собі місця, обличчя червоне, пульс частий, температура підвищена, язик сухий;
- матка напружена, болісний нижній сегмент, круглі зв'язки матки сильно напружені та болісні;
- контракційне кільце розташовується у косому напрямку на рівні пупка та вище; матка набуває форми «пісочного годинника»;
- непродуктивна та мимовільна пологова діяльність при передлеглій частині плода над входом до малого тазу;
- перейми з виразним судомним скороченням матки;
- серцебиття плода ледь прослуховується;

- припухлість надлобкової зони (набряк передміхурової клітковини), утруднене сечовипускання;
- набряк шийки матки, тканин піхви та промежини;
- позитивний симптом Генкель — Вастена;
- болісність матки при пальпації;
- пологова пухлина на голівці плода поступово виповнює порожнину малого таза.

Симптомокомплекс гістопатичного (при морфологічних змінах міометрію)

розриву матки характеризуються атиповими проявами:

- патологічний «прелімінальний» період;
- слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від стимуляції пологової діяльності;
- посилення і без того сильного болю в животі між переймами і потугами;
- передчасне, раннє відходження навколоплідних вод;
- клінічні прояви інфекції в пологах;
- домішки крові в сечі;
- прогресуючий дистрес плода.

Розрив матки, що відбувся.

Класичні клінічні ознаки розриву матки в пологах:

- «кинджальний» біль у животі;
- характерна для цього стану виразна еректильна фаза шоку;
- пологова діяльність припиняється;
- зростають симптоми больового і геморагічного шоку, клінічні симптоми внутрішньочеревної кровотечі;
- змінюється форма живота (матка скорочується і відхиляється в сторону, через передню черевну стінку визначаються окремі дрібні частини плода);
- зовнішня кровотеча;
- загибель плода.

Клінічні ознаки при неповному розриві матки:

- плід знаходиться в порожнині матки;

- пологова діяльність не завжди припиняється;
- поряд з маткою з боку розриву з'являється і збільшується гематома;
- на боці гематоми — біль, що іррадіює в нижні кінцівки, виразний біль внизу живота, поперек;
- нарастають клінічні симптоми внутрішньої кровотечі та геморагічного шоку.

Ознаки розриву матки по рубцю:

- особливості анамнестичних даних (час після кесаревого розтину менше 2 років; гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому періоді, корпоральний кесарів розтин та ін.);
- наявність симптомів неповноцінного рубця на матці (позитивний симптом «ніші»);
- у пологах слабкі перейми при слабкій пологовій діяльності, пологова діяльність може тривати;
- Розрив матки при цілому плодовому міхурі;
- біль у ділянці рубця;
- біль посилюється з початком пологової діяльності і не зникає між переймами;
- передлегла частина плоду не просувається;
- пальпація рубця спричинює надмірний біль;
- з'являються нудота, блювання, неспокій;
- з'являються ознаки дистресу плода;
- розрив відбувається на фоні слабкості пологової діяльності або її дискоординації;
- виразна клінічна симптоматика спостерігається при розриві великих маткових судин;
- розрив матки по рубцю частіше є неповним.

Ознаки розриву матки, що діагностуються в ранньому післяпологовому періоді:

- помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів;

- інколи відсутні ознаки відокремлення плаценти;
- виразна болісність усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки;
- можливо здуття живота, нудота, блювання;
- симптом «перекритого дна матки»;
- симптоми геморагічного шоку різного ступеня;
- пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома);
- гіпертермія.

У практичній медицині трапляються випадки **нерозпізаного розриву матки**, коли дана патологія діагностується на 2-гу — 3-тю добу після пологів при наростанні явищ акушерського перитоніту.

Алгоритм дії лікаря.

Розродження шляхом кесаревого розтину у жінок із ризиком розриву матки виконується при:

- поєднанні вузького тазу I-II ст. та великої маси плоду (3800 г і більше);
- поперечному, косому положенні плода;
- вузькому тазі III-IV ст;
- блокуванні пологових шляхів пухлинами;
- рубцевих змінах шишки матки, піхви.

Розродження шляхом кесаревого розтину у пологах виконується при :

- перелічених вище показаннях;
- лобному вставленні, високому прямому стоянні стрілоподібного шва;
- клінічно вузькому тазі.

Акушерська тактика при ознаках загрожуючого розриву матки:

- пологова діяльність припиняється (токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики);
- вагітна транспортується в операційну;
- пологи завершують оперативним шляхом.

Особливості кесарського розтину: обов'язково вивести матку з

порожнини тазу для детальної ревізії цілісності її стінок.

Лікування розриву матки, що відбувся :

Клінічні ознаки розриву матки потребують надання ургентної допомоги на місці. Транспортування роділлі різко погіршує її стан.

Терапія завершеного розриву матки включає застосування *ургентних «реанімаційних заходів»*

- термінове проведення протишокової терапії з мобілізацією центральних вен;
- хірургічне втручання передбачає термінову лапаротомію, екстирпацію матки, ревізію органів черевної порожнини, дренування черевної порожнини;
- забезпечення інфузійно-трансфузійної терапії, адекватної розміру крововтрати та корекція порушень гемокоагуляції;
- у післяпологовому періоді продовження інтенсивної інфузійно-трансфузійної терапії, реабілітаційних заходів.

Показання до органозберігаючої операції:

- неповний розрив матки;
- невеликий повний розрив;
- лінійний розрив з чіткими краями;
- відсутність ознак інфекцій;
- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

Показання до надпівової ампутації матки:

- свіжі розриви тіла матки з нерівними розчавленими краями, із збереженим судинним пучком, з помірною кровотечею без ознак синдрому ДВС та інфекції.

Показання до екстерпації матки:

- розрив тіла або нижнього сегменту матки, який перейшов на шийку з розчавленими краями;
- травма судинного пучка;
- неможливість визначення нижнього кута рани;

- розрив шийки матки з переходом на тіло.

Показання до екстерпації матки з матковими трубами:

- попередні показання при тривалому безводному проміжку (понад 10-12 годин);
- прояви хоріонамніоніту, ендометриту;
- наявність хронічної інфекції.

При масивній крововтраті виконується перев'язка внутрішніх клубових артерій.

При великій травмі та значній крововтраті перев'язка внутрішніх клубових артерій виконується до початку основного об'єму операції.

Профілактика розриву матки полягає в плануванні вагітності; вчасному визначенні груп ризику за розривом матки; вчасній госпіталізації в акушерські стаціонари; раціональному веденні пологів.

Виворіт матки

Післяпологовим виворотом матки називається патологічний стан, за якого внутрішня поверхня матки вивертається назовні.

В акушерській практиці післяпологовий виворіт матки є надзвичайно рідкісним ускладненням третього періоду пологів. Оскільки матка вивертається саме у третьому періоді пологів, термін «післяпологовий виворіт» не зовсім відповідає часу виникнення пологової травми. Доцільно користуватися терміном «акушерський виворіт матки».

Класифікація.

I. За клінічно-морфологічними ознаками::

1. Гострий (швидкий) повний.
2. Гострий (швидкий) неповний (частковий).

II. За патогенетичними ознаками:

1. Спонтанний.
2. Насильний.

Етіологія і патогенез. Основною причиною акушерського вивороту

матки є втрата тонусу міометрію. Сприяє скоєнню даної травми нераціональне ведення 3-го періоду пологів.

Клініка. Акушерський виворот матки супроводжується раптовим сильним болем внизу живота (колапсом); шоківим станом (свідомість затьмарена, шкіра і слизові оболонки бліді, холодний піт на обличчі, зіниці розширені; пульс частий, слабкого наповнення); матковою кровотечею; наявністю між стегнами роділлі пухлиноподібного утворення яскраво-червоного кольору, м'якої консистенції, що кровоточить.

Діагностика. Вивернута матка може розміщуватися у піхві і виходити за статеву щілину. Якщо плацента не відокремилася, то пухлиноподібне утворення містить плаценту, плодові оболонки, пупковий канатик.

Діагноз неповного (часткового) акушерського вивороту матки уточнюється при визначенні висоти дна матки (матка над лобком не визначається). Огляд піхви у дзеркалах підтверджує діагноз і дає змогу диференціювати повний виворот матки з частковим.

Лікування при гострому акушерському вивороті матки направлене на виведення пацієнтки із стану больового, геморагічного шоку та репозиції матки. Дають глибокий наркоз. Вивернуту матку обмивають теплим розчином фурациліну (1:5000). Якщо плацента не відокремилась, її відокремлюють. Переводять жінку в положення Тренделенбурга і виконують репозицію матки. У післяпологовому періоді проводять профілактику гнійно-септичних ускладнень. Несвоєчасна кваліфікована допомога може призвести до защемлення або гангрені матки, що випала. Це потребує екстирпації матки через піхву.

Профілактика гострого акушерського вивороту матки полягає в раціональному веденні пологів, і особливо третього періоду пологів.

Акушерська травма кісткового тазу

Акушерською травмою кісткового тазу називають травматичні ушкодження суглобів і зчленувань, пов'язаних з пологами.

Травма симфізу

Розриви симфізу під час пологів трапляються рідко, частіше (до 4%

випадків) спостерігаються розходження лобкових кісток.

Етіологія і патогенез. Травматичному ушкодженню симфізу передують гормональні зміни в організмі жінки під час вагітності. Так, максимальне накопичення гормону релаксину наприкінці вагітності сприяє розм'якшенню хрящової тканини симфізу. За таких умов вставлення голівки плоду в площину входу при вузькому тазі, макросомії плоду, асинклітизмі може призвести до розходження лобкових кісток. Патологія може трапитися внаслідок накладання акушерських щипців, плодоруйнівних операцій, екстракції плоду за тазовий кінець.

Класифікація.

За ступенем тяжкості:

- 1-й ступінь — розходження 5-9 мм (норма 1,5 мм);
- 2-й ступінь — розходження 10-20 мм;
- 3-й ступінь — розходження більше 20 мм.

Клініка. Розходження лобкових кісток проявляється болем у ділянці симфізу, крижів. Біль посилюється при спробі встати, ходити, з'являється «качина хода». При травмі лобкового зчленування біль посилюється через 8-12 годин після пологів. Під час пальпації симфізу відмічається різкий біль. Породілля лежить в ліжку у вимушеному положенні: ноги зігнуті у кульшових і колінних суглобах, стегна розвернуті (симптом М.Н. Волковича). Розриви лобкового зчленування іноді супроводжуються травмою сечового міхура, клітора тощо.

Діагностика не становить труднощів. Величина розходження вимірюється на рентгенограмі; УЗД.

Лікування породіллі з розривом симфізу визначається ступенем розходження кісток. Незалежно від тяжкості процесу призначають ліжковий режим, вітаміни групи В, вітамін D — 5000 МО тричі на добу, кальцію гліцерофосфат 0,5г тричі на добу, збалансований комплекс макро- і мікроелементів. У разі розходження лобкових кісток 1-го ступеня призначають ліжковий режим протягом 3-4 тижнів, який включає поперемінне положення тіла то на лівому, то на правому боці. На ділянку великого вертлюга кладуть подушку з піском масою до 5 кг. Розходження лобкових кісток 2-3 ступенів потребує

застосування пов'язки типу «гамак» протягом 4-6 тижнів. За відсутності ефекту від консервативної терапії проводять оперативне лікування.

Профілактика розходження симфізу полягає в запобіганні рахіту та дисбалансу обміну макро-, мікроелементів, фізичному вихованні дівчинки, прогнозуванні та раціональному веденні пологів.

ПОЛОГОВІ ТРАВМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Пологовими травмами новонароджених називаються травматичні ушкодження тканин і органів дитини, що відбувається під час пологів.

Етіологія.

До етіологічних факторів виникнення пологових травм відносять:

- затяжні пологи;
- швидкі пологи;
- невідповідність розмірів пологового каналу та плода (вузький таз, макросомія, неправильне вставлення голівки плода);
- акушерські операції, тощо.

Класифікація:

- поверхневі ушкодження (поверхневі садна, синці, гематоми, пологова пухлина на передлеглій частині плода);
- важкі ушкодження (розриви шкіри, гематоми, вивихи суглобів, переломи кісток, ушкодження хребта, черепа, тощо).

Ушкодження шкіри та м'яких тканин плода.

Травми шкіри та м'яких тканин клінічно проявляються поверхневими саднами, синцями, важкими рваними ранами шкіри потилиці, тімені, сідниць, статевих органів тощо.

Поверхневі садна та синці особливого лікування не потребують.

Глибокі розриви лікують хірургічним шляхом.

Пологова пухлина

Пологова пухлина на шкірі потилиці, тімені, личку, сідницях виникає

практично під час усіх пологів.

Пологова пухлина це набряк передлеглої частини плода з дрібними крапковими крововиливами, що обумовлені застоєм лімфи і крові у підшкірній клітковині.

Клінічно положова пухлина має вигляд припухлості з ціанотичною шкірою.

Пологова пухлина лікування не потребує і зникає самостійно протягом перших 5 — 7 діб життя дитини.

Кефалогематома

Кефалогематома — це крововилив між окістям і будь-якою кісткою черепа, найчастіше на передлеглій частині голівки новонародженої дитини.

Класифікація:

-зовнішня;

-внутрішня.

Зовнішня кефалогематома — крововилив між кісткою черепа та зовнішньою пластиною окістя.

Пальпаторно відзначається пружна, флюктууюча пухлина. Шкіра над зовнішньою кефалогематомою має нормальне забарвлення.

Нерідко пухлина збільшується протягом перших 2 — 3 діб життя.

Невеликі зовнішні кефалогематоми розсмоктуються самостійно без терапевтичних заходів.

Кефалогематоми великих розмірів потребують протягом перших 2-3 діб життя підвищеного положення головного кінця ліжечка дитини.

Внутрішня кефалогематома — крововилив і накопичення крові між внутрішньою поверхнею кістки і твердою мозковою оболонкою. Внутрішня кефалогематома виникає при порушенні цілості черепних кісток і може супроводжуватись підвищенням внутрішньочерепного тиску, подразненням мозкових оболонок, паралічем життєво важливих центрів.

Лікування дітей з клінічними проявами внутрішніх кефалогематом проводять у відповідних реанімаційних відділеннях.

Вдавлення кісток черепа

Вдавлення кісток черепа це родова травма, що клінічно проявляється наявністю жолобуватого або круглого вдавлення різної глибини, найчастіше у ділянці тім'яної або скроневої кістки.

Глибокі та широкі вдавлення виправляють ручним методом, глибокі - хірургічним.

Переломи кісток кінцівок

Переломи ключиці.

Клінічні ознаки перелому ключиці незначні. Підокісний перелом ключиці та перелом без зміщення виявляються на 5-7 діб після народження, коли на місці перелому утворюється хрящовий мозоль.

Лікування перелому ключиці зводиться до накладання фіксуючої пов'язки на плечовий пояс.

Перелом плечової кістки.

Клінічні ознаки перелому плечової кістки:

- ручка нерухома;
- промацуються уламки кісток;
- відчувається крепітація.

Лікування полягає у накладанні фіксуючої пов'язки, підклавши у пахову ямку шматочок вати. Хвору ручку, розігнувши в ліктьовому суглобі, прибинтовують до грудної клітки.

Перелом стегнової кістки.

Клінічні ознаки перелому стегнової кістки:

- ніжка нерухома;
- відчувається крепітація;
- добре промацуються уламки кісток.

Лікування: розігнуту у колінному суглобі ніжку прибинтовують до тулуба. Застосовують спеціальне витягання кінцівки.

Ушкодження органів грудної клітки і порожнини живота

Розриви цих органів супроводжуються крововиливом у черевну порожнину або легені. Діагностика важка. Характерна клінічна картина внутрішньої кровотечі.

Лікування — негайна лапаротомія, зупинка кровотечі, реанімаційні заходи.

Тестові завдання:

1 В пологове відділення доставлена роділья 28 років. Термін гестації 38 тижнів. Вагітність третя. Друга вагітність 1 рік тому закінчилась кесарським розтином у терміні 39-40 тижнів. Скарги на біль у надлобковій ділянці, по ходу рубця біль при пальпації матки. ЧСС плоду 100 в одну хвилину. Перейми слабкі. Відкриття шийки матки — 4 см. голівка плода притиснута до входу в малий таз. З матки помірна кровотеча. Яка подальша тактика ведення пологів?

= Кесарів розтин

~ Родостимуляція

~ Консервативне ведення пологів

~ Плродоруйнівна операція

~ Вихідні акушерські щипці

2. В пологовий будинок доставлена вагітна 31 року. Вагітність 4-та, доношена. Пологи II, другий період. Навколоплідні води відійшли через дві години після початку пологової діяльності. Під час огляду встановлено занедбане поперечне положення і випадіння ручки плоду. Серцебиття плоду не вислуховується. Яка подальша тактика?

= Декапітація плоду

~ Подальше консервативне ведення пологів

~ Кесарів розтин

~ Краніотомія

~ Класичний акушерський поворот з наступною екстракцією плода за ніжку

3. До пологової зали поступила роділля з активною пологовою діяльністю. Пологи VII, 38 тижнів. Навколоплідні води вилились 7 годин тому. Живіт розтягнутий в поперечному напрямку. Серцебиття плода не вислуховується. Після проведення піхвового дослідження діагностовано занедбане поперечне положення плода. Акушерська тактика?

= Плороруйнівна операція

~ Кесарський розтин

~ Пологопідсилення

~ Акушерські щипці

~ Епізіотомія

4. Вагітна 25 років. Вагітність 38-39 тижнів. I період пологів. Перейми по 45 сек кожні 10 хвилин. При обстеженні: обвід живота 100 см, висота стояння дна матки 28 см, передлеглої частини немає, голівка плода пальпується справа, зліва- тазовий кінець. Серцебиття плода 140 уд/хв. Вагінальне обстеження: шийка матки згладжена, відкрита на 6 см, плідний міхур цілий, напружений, передлегла частина не пальпується. Яка тактика ведення пологів?

= Виконати кесарів розтин

~ Пологи вести через природні шляхи

~ Виконати класичний поворот плода на ніжку

~ Виконати зовнішній поворот плода на голівку

Тема: «Пологовий травматизм матері і плода»

1. Вагітна 28р., поступила в стаціонар з доношеною вагітністю. Початок I періоду пологів з цілим плодовим міхуром. Скарги на постійний ниючий біль по ходу післяпісляопераційного рубця, який посилюється при зміні положення. В анамнезі пологи, що закінчилися кесаревим розтином з приводу великого плода. Об'єктивно: зріст 165 см, вага 80 кг, розміри тазу -25-27-29-19 см.

Передбачувана

вага плода 4300 г. Вагінально: шийка матки відкрита до 2 см, плодовий міхур цілий, голівка притиснута до входу в малий таз. При пальпації нижнього сегменту через переднє склепіння вагітна реагує болісно, пальпується рубець неоднорідної консистенції, потоншений до 3-4 мм.

Який план ведення?

2. Вагітна 35 років поступила в стаціонар, діагноз: вагітність IV, 40 тижнів, головне передлежання. Передвісники пологів. В анамнезі 3 мимовільні переривання вагітності, консервативна міомектомія 2 роки тому. Об'єктивно: стан вагітної задовільний, зріст 160 см, вага 70 кг, передбачувана маса плода 4000 г, розміри тазу 25-27-29-19.

Визначити тактику лікаря?

3. Роділля 31 року, з активною пологовою діяльністю, вагітність I, 40 тижнів, головне передлежання, I період пологів. Передбачувана вага плода 4400 г. Об'єктивно: зріст 160, вага 70 кг, розміри тазу -28-29-31-20. Обвід

променевоzap'ясткового суглобу - 16,5 см. Пологова діяльність триває 12 годин, у кінці першого періоду пологів на відкритті шийки матки - 9-10 см, характер пологової діяльності змінився, перейми стали різко болючі, хаотичного, судомного характеру, роділля стала збуджена. При пальпації нижній сегмент матки болючий, матка в гіпертонусі, форма матки нагадує пісочний годинник, контракційне кільце на рівні пупка. Вагінально: плодовий міхур відсутній, голівка плоду притиснута до входу в малий таз, відкриття шийки матки 9-10 см, краї шийки матки набряклі. Стрілоподібний шов у косому розмірі, мале тім'ячко справа біля крижа, велике тім'ячко- зліва біля лона. Формується пологова пухлина.

Який діагноз? Яка тактика лікаря?

4. Роділля 24 років поступила до пологової зали з вагітністю I, 39-40 тижнів, у I період пологів, з головним передлежанням плода, раннім розривом плодового міхура. Пологи тривають 12 годин. Об'єктивно: розміри тазу 26-26-29-18 см., ВДМ - 36 см, ОЖ – 110 см. На відкритті шийки матки 7-8 см перейми стали болючішими, розмір Цангемейстера – 20 см, ознака Вастена – позитивна. Який діагноз? Яке ускладнення пологів може розвинути?

5. В пологовий зал поступила вагітна з діагнозом: вагітність VIII, 40 тижнів, головне передлежання, передчасне вилиття навколоплідних вод, I період пологів, безводний проміжок - 48 годин, обтяжений гінекологічний анамнез (7 абортів). Об'єктивно: зріст вагітної 165 см, вага 65 кг, розміри тазу 26-28-30-19,5см. Передбачувана маса плоду 3900 г. Тривалість пологів 8 годин, перейми через 5-7 хв, по 25-30 сек., відкриття шийки матки - 5 см. З метою посилення пологової діяльності призначено введення 5 одиниць окситоцину в/в, після призначення окситоцину перейми стали через 1,5-2 хвилини по 50 сек. На

відкритті шийки матки – 9 см перейми послабшали, через 7-10 хвилин по 10 сек. З пологових шляхів почали виділятися геморагічні виділення. Серцебиття плоду приглушене – 60-70 ударів за хв. Голівка плоду притиснута до входу в малий таз. Форма матки: матка має форму «пісочного годинника», пальпаторно - нижній сегмент матки різко болючий. Справа пальпується пухлиноподібне утворення.

Яку помилку зробив лікар? Який діагноз?

VI. План та організація структури заняття.

Організаційний момент	2% навчального часу
Мотивація теми	3%
Контроль вихідного рівня знань	20%
Самостійна робота студентів під контролем викладача	35%
Контроль остаточного рівня знань	15%
Оцінка знань студентів	20%
Узагальнення викладача, завдання додому	5%

Основні етапи заняття.

1. Підготовчий етап – мотивація теми, контроль вихідного рівня базового і основних знань шляхом відповіді на контрольні запитання
2. Основний етап – самостійна робота студентів під контролем викладача.
3. Заключний етап – контроль засвоєння матеріалу шляхом вирішення задач, усних виступів про зроблену роботу, проведення диференційного

діагнозу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, зауваження по ходу заняття з оцінкою знань студентами запитань, деонтології, домашнє завдання.

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.

Місце проведення заняття: пологове відділення.

Оснащення: таблиці, слайди, історії вагітних та новонароджених, які зазнали пологової травми.